

بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روانشناختی، رضایت زناشویی و اضطراب حاملگی زنان باردار شهر شیراز

لاله بابانظری*

دانشگاه فرهنگیان پردیس شهید رجایی فارس، شیراز، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۸ تاریخ پذیرش: ۹۵/۷/۱۴

چکیده:

زمینه و هدف: حاملگی یک موقعیت جدید و منحصر به فرد است که طی آن هر مادر آبستنی تغییرات فیزیولوژیکی و روانشناختی بسیاری تجربه می‌کند. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روانشناختی، رضایت زناشویی و اضطراب حاملگی زنان باردار بود.

روش بررسی: این مطالعه به روش نیمه‌آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده تمامی زنان باردار نخست‌زا در شهر شیراز بود که از مرداد تا مهر ۱۳۹۲ به مراکز مراقبت‌های پیش از تولد شهر شیراز مراجعه نمودند. از میان جامعه مورد مطالعه ۴۲ نفر (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۲ نفر گروه کنترل) به شیوه در دسترس انتخاب شده و قبل از شروع برنامه آموزش هوش معنوی، پرسشنامه‌های بهزیستی روانشناختی ریف، رضایت زناشویی گلوبوک راست و اضطراب حاملگی وندبرگ را دریافت نمودند. سپس به افراد گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه آموزش هوش معنوی براساس مدل تیری، نوکلاین و اوبانی ارائه گردید؛ اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از انجام پس‌آزمون روی هر دو گروه، داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و به وسیله نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون نشان داد، دریافت برنامه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری در کاهش اضطراب حاملگی و افزایش بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی بین گروه آزمایش و گروه کنترل به وجود آورده است ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: هوش معنوی یکی از مهم‌ترین سازه‌هایی است که می‌تواند در کاهش هیجانات منفی مانند اضطراب حاملگی و افزایش بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی به نحو موثری به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: هوش معنوی، بهزیستی روانشناختی، رضایت زناشویی، اضطراب حاملگی.

مقدمه:

تجربه می‌کند. این تغییرات زنان را در خطر آسیب‌پذیری روانی و تجربه اضطراب بسیار قرار می‌دهد (۲). اضطراب و تنش درون‌رحمی موجب نارسایی و زایمان پیش‌از موعد می‌شود که با افزایش احتمال خطر بالاتر بیماری‌های کروموزومی در بزرگسالی می‌شود (۳). استرس دوران بارداری به عنوان یکی از معیارهای تأخیر رشد حرکتی و مغزی در نوزادان مطرح شده است (۵،۴). اضطراب حاملگی با تجربه مشکلات متعدد سلامت روان، کاهش بهزیستی

اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان در همه افراد در حد اعتدال‌آمیز وجود دارد و در این حد به عنوان پاسخی سازش‌یافته تلقی می‌شود. اضطراب از همراهان طبیعی رشد، تغییر یافتن، تجربه چیزی جدید و امتحان نشده و یافتن هویت جدید در زندگی است و در واقع همه انسان‌ها آن را تجربه می‌کنند (۱). حاملگی یک موقعیت جدید و منحصر به فرد است که طی آن هر مادر آبستنی تغییرات بسیاری از نظر روانشناختی و فیزیولوژیکی

روانشناختی و ایجاد مشکلات متعدد در زندگی همراه می شود (۸-۶).

در سال های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی، با الهام از روانشناسی مثبت نگر، رویکرد متفاوتی را برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی نموده و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روانشناختی مفهوم سازی کرده اند. این گروه معتقدند که سلامت یک مفهوم چندبعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان بودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز دربرمی گیرد. براساس الگوی Ryff بهزیستی روانشناختی از ۶ عامل پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط تشکیل می شود. در این الگو افراد با احساس بهزیستی روانی پایین حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند و این امر می تواند منجر به مشکلات سازگاری زناشویی در دوران بارداری و پس از آن شود (۹-۱۲).

رضایت از زندگی زناشویی احساس عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن و یا مرد است. این احساس در دوره های مختلف زندگی متفاوت است؛ اما حاملگی بدون شک یکی از مهم ترین حوادث زندگی هر زن به حساب می آید. مشکلات جسمی، افسردگی، اضطراب، بی ثباتی عاطفی، دوگانگی احساسات، تغییر در تصور نسبت به خود و اختلال در روابط جنسی، فعالیت های تفریحی و ارتباط با سایرین که به دنبال حاملگی رخ می دهد، بر رضایت زناشویی تأثیر می گذارد (۱۳). مطالعه ای گزارش نموده است که ۶۸٪ زنان باردار اختلال در روابط زناشویی را در طول این دوره تجربه می کنند. در ایران نیز شیوع بالای ۶۷/۵ درصدی همسر آزاری اعم از روحی و روانی، جسمی و جنسی در زنان باردار گزارش شده است (۱۴)؛ لذا باتوجه به

پیامدهای منفی و گاهی جبران ناپذیر اضطراب حاملگی بر سلامت روحی و جسمی مادر و کودک و آثار درازمدت آن در رشد منفی جمعیت، بررسی راهبردهای کاهنده اضطراب بارداری و مشکلات سلامت روان و سازگاری زناشویی ناشی از آن ضروری به نظر می رسد.

پژوهش های داخلی و خارجی بسیاری به بررسی عوامل سازگارکننده با استرس دوره های مختلف زندگی، افزایش بهزیستی روانی و سازگاری با دیگران پرداخته اند. در میان این عوامل، معنویت یکی از مهم ترین سازه هایی است که می تواند در پیشگیری از اختلالات روانی، سازگاری و درمان به نحو موثری به کار گرفته شود. معنویت حس پیوسته ای فرد در ارتباط با خود، جهان، دیگران و دنیای بالاست. تأثیراتی که باورهای معنوی بر چگونگی تفسیر رویدادها می گذارد، فرآیند سازگاری و پذیرش آن ها را آسان می کند (۱۵).

معنویت از طریق تأثیر بروی راهبردهای مقابله ای، شبکه های اسناد، ارتباط با محیط اطراف و احساس معنی دار بودن زندگی، با کاهش هیجانات منفی، سلامت روان، تندرستی و شادکامی ذهنی مرتبط است (۱۶). پژوهش های بسیاری بر اثرات سودمند معنویت در سازگاری، رضایت زناشویی و مقابله افراد با فشارها و منابع استرس آور زندگی تأکید ورزیده اند (۱۷، ۱۸). برخی از پیشگامان مطالعه تجارب معنوی در روانشناسی نظیر ویلیام جیمز (۱۹۷۷) و آبراهام مازلو (۱۹۷۰) نیز معتقدند تجارب معنوی افراد می تواند به عنوان مکانیسمی برای حل مسائل مرتبط با معانی و ارزش ها عمل کند (۱۹). به تعبیر بعضی محققان معنویت را می توان به عنوان نوعی هوش در نظر گرفت زیرا عملکرد و سازگاری افراد را پیش بینی نموده و آن ها را قادر می سازد تا مشکلات شان را حل کنند. هوش معنوی دو مفهوم معنویت و هوش را در یک مفهوم جدید ترکیب نموده است و مجموعه ای از مهارت های سازگاری و

حل مسأله و دستیابی به هدف را معرفی می‌نماید (۲۰).

پژوهش‌ها و بررسی‌های مختلف نشان داده‌اند که هوش معنوی با عواملی چون رضایت از زندگی و سلامت روان رابطه مستقیم و با متغیرهایی نظیر افسردگی، اضطراب، استرس شغلی و وابستگی به الکل رابطه معکوس دارد (۲۷-۲۱)؛ اما با وجود تأیید چنین نتایجی در پژوهش‌های فراوان، کمتر پژوهشی به‌منظور بررسی اثرات برنامه‌های آموزش هوش معنوی بر کاهش اضطراب افراد در دوره‌های مختلف زندگی صورت گرفته است. از سوی دیگر با وجود آن‌که مطالعات بسیاری بر اثرات زیانبار حالات ناخوشایند روحی مادر در دوران حاملگی بر سلامت جسمی و روانی اعضای خانواده تأکید ورزیده‌اند (۸-۳)؛ اما تاکنون پژوهش‌های بسیار کمی انجام شده تا به متخصصان در فهم این نکته کمک کند که چگونه عوامل روانشناختی، چالش‌های مادران باردار را تشدید می‌کند و چه مداخلاتی می‌توانند موثر واقع شود. حال آن‌که کاهش اضطراب، افسردگی و ثبات روانی مادر درطول حاملگی ارتباط مستقیمی با کاهش خطر سقط خودبه‌خودی، تولد زودرس و پره اکلامپسی دوران بارداری، پذیرش نقش مادری پس از زایمان، افزایش ترشح و تولید شیر در دوران نفاس و کاهش گریه و تحریک‌پذیری نوزاد دارد (۳۰، ۱۱-۲۸). ناسازگاری زناشویی و مشاجرات شدید خانوادگی در دوران بارداری نیز با خطرات شدیدی چون زایمان زودرس، نوزاد نارس و افسردگی پس از زایمان همراه است (۱۳-۹).

پژوهش حاضر با توجه به شیوع ۴۲ درصدی اختلالات اضطرابی، ۳۱/۶ درصدی اختلال‌های روانی و ۶۷/۵ درصدی ناسازگاری‌های زناشویی دوران بارداری در ایران و کمبود پژوهش‌های موجود در زمینه نقش مداخلات غیردارویی در کاهش این اختلالات، به بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی بر کاهش اضطراب حاملگی، افزایش بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی زنان باردار شهر

شیراز پرداخته است (۳۱، ۱۳، ۸). پژوهش‌های متعددی تأثیر مداخلات مبتنی بر معنویت و هوش معنوی را در افزایش سلامت روان، سازگاری و کاهش اضطراب در دوره‌های مختلف زندگی بررسی نموده‌اند؛ اما هیچ‌کدام تأثیر این برنامه‌ها را بر اضطراب‌ها و مسائل روانی خاص دوران بارداری مورد توجه قرار نداده‌اند؛ درحالی‌که پی‌بردن به تأثیر مداخلاتی که سبب کاهش مشکلات سلامت روان زن باردار شود، نقش مهمی در بهزیستی مادر و جنین خواهد داشت.

روش بررسی:

جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده تمامی زنان باردار نخست‌زای شهر شیراز بود که از مرداد تا مهر ۱۳۹۲ به مراکز مراقبت‌های پیش از تولد شهر شیراز مراجعه نمودند. پژوهش حاضر از آن جهت که به بررسی اثر آموزش هوش معنوی بر میزان اضطراب حاملگی، بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی گروه دریافت‌کننده برنامه در مقایسه با گروه کنترل می‌پردازد، یک پژوهش نیمه‌تجربی است که با طرح دو گروهی ناهمسان با پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام می‌گیرد. در این پژوهش، پس از انجام پیش‌آزمون در هر دو گروه، فقط به گروه آزمایش، آموزش هوش معنوی داده شد و گروه مداخله خاصی دریافت نکرد. از آن‌جا که حجم گروه‌های نمونه در مطالعات آزمایشی دست‌کم ۳۰ نفر است (۳۲). از میان جامعه مورد مطالعه، ۴۵ نفر با توجه به احتمال افت نمونه پژوهشی به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به روش تصادفی ساده و براساس قرعه‌کشی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دادن رضایت کتبی آگاهانه جهت شرکت در جلسات آموزشی، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی دیگر، سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال، سن بارداری ۳۲-۸ و تحصیلات دوره متوسطه و بالاتر بود. ملاک‌های خروج پژوهش نیز شامل وجود

سابقه‌ی مراجعه به روانپزشک یا روانشناس به دلیل ناراحتی‌های روحی و یا سابقه‌ی قبلی و یا اخیر مصرف داروهای اعصاب، رهانمودن شغل به دلیل بارداری و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزش بود. پس از پایان جلسات در نهایت ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۲ نفر گروه کنترل باقی ماندند. در این پژوهش از ۳ پرسشنامه اضطراب حاملگی و نندبرگ، بهزیستی روانی ریف و وضعیت زناشویی گلوبوک راست استفاده شد.

پرسشنامه اضطراب حاملگی (PRAQ= Pregnancy Related Anxiety Questionnaire)، یک پرسشنامه هلندی است که ترس‌ها و نگرانی‌های مربوط به بارداری را می‌سنجد، این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ به وسیله Vandenberg ساخته شد. پرسشنامه PRAQ مجموعه‌ای متشکل از ۵۸ ماده است که به صورت لیکرت از صفر برای کاملاً مخالفم تا ۴ برای گزینه کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین نمره کلی از صفر تا ۲۳۲ برای هر شرکت کننده قابل محاسبه است.

Huizink و همکاران در بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه‌ی PRAQ همبستگی آن را با پرسشنامه Spilberger قابل قبول نشان دادند و آلفای کرونباخ همه مولفه‌ها را در سراسر بارداری ۰/۷۶ گزارش نموده‌اند (۳۳). Vandenberg ذکر نموده است که باتوجه به ویژگی پرسشنامه PRAQ، روایی محتوایی آن بالاست (۳۴).

بابانظری و کافی در پژوهش خود گزارش نمودند که روایی صوری پرسشنامه PRAQ توسط ۵ روانشناس مورد تأیید قرار گرفته است و آلفای کرونباخ هریک از مولفه‌ها و کل مقیاس در طول حاملگی به شرح زیر بوده است: ترس از زایمان ۰/۴۷، ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی- روانی ۰/۴۱، نگرانی از تغییر در روابط زناشویی ۰/۶۵، نگرانی درباره تغییرات خلق و پیامدهایش برای کودک ۰/۶۶، احساسات

خودمحو‌رانه یا ترس از تغییرات بین ۰/۵۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۱ (۳۵).

کارآموزیان و عسکری نیز آلفای کرونباخ هریک از مولفه‌ها و کل مقیاس را در طول حاملگی به شرح زیر گزارش نمودند:

ترس از زایمان ۰/۷۴، ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی- روانی ۰/۷۱، نگرانی از تغییر در روابط زناشویی ۰/۷۶، نگرانی درباره تغییرات خلق و پیامدهایش برای کودک ۰/۷۰، احساسات خودمحو‌رانه یا ترس از تغییرات بین ۰/۷۵ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ (۳۶).

پرسشنامه بهزیستی روانی یک مقیاس ۵۴ ماده‌ای است که ۶ جنبه مجزا از بهزیستی روانی را می‌سنجد و توسط Ryff در سال ۱۹۸۹ تهیه شده است. این پرسشنامه، ۶ مولفه اصلی الگوی بهزیستی روانشناختی از جمله پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه بهزیستی روانی برای بزرگسالان تهیه شده و آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای مشخص سازد که تا چه حد با هر یک از عبارات موافق یا مخالف است. در پژوهش Schmutte و Ryff، همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۹). در ایران، بیانی و همکاران، همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ و روایی مقیاس را نیز مناسب گزارش نموده‌اند (۳۷). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برای نمونه پژوهش حاضر ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسشنامه‌ی وضعیت زناشویی Rust-Golombok نیز یک مقیاس ۲۸ سوالی است. پرسش‌ها در اندازه‌های ۴ درجه‌ای لیکرت، مشکلات موجود در روابط زوجین را از صفر تا نمره‌ی ۳ در زمینه‌ی میزان حساسیت و توجه زوجین نسبت به نیازهای یکدیگر، تعهد، وفاداری، مشارکت، همدردی، ابراز محبت،

اعتماد، صمیمیت و همدلی زوجین می‌سازد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس، صفر و حداکثر نمره ۸۴ خواهد بود. نمره تراز شده آزمودنی‌ها در ۹ درجه بر حسب شدت و ضعف مشکلات زناشویی محاسبه می‌شود (۳۸). در فرم فارسی این پرسشنامه نمره‌ی کل مقیاس با آلفای کرونباخ 0.92 برای نمونه‌ای از زن‌ها و 0.94 برای شوهرها محاسبه شد که نشانه همسانی درونی بالای پرسشنامه است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنی‌ها $r=0.94$ ، آزمودنی‌های زن $r=0.93$ و آزمودنی‌های مرد $r=0.95$ محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی خوب پرسشنامه است (۳۹). ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه برای نمونه‌ی پژوهش حاضر به ترتیب 0.91 برای زن‌ها و 0.89 برای شوهرها محاسبه شد. قبل از شروع برنامه آموزش هوش معنوی، ابتدا پرسشنامه‌های اضطراب حاملگی، بهزیستی روانی و وضعیت زناشویی در بین زنان باردار در مراکز مراقبت‌های پیش از تولد توزیع شد. هیچ‌گونه محدودیت زمانی برای تکمیل پرسشنامه‌ها وجود نداشت و محقق جهت پاسخگویی به سوالات احتمالی شرکت‌کنندگان در کنار ایشان حضور داشت. سپس به افراد گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) برنامه آموزش هوش معنوی براساس مدل Nokelainen، Tirri و Ubani ارائه گردید. براساس این مدل، هوش معنوی دارای مولفه‌های احساس آگاهی، احساس ابهام و رمزآلودگی، احساس ارزش و احساس اشتراک و اجتماعی بودن است (۴۰).

در جلسه اول آموزش پس از ایجاد انگیزه در شرکت‌کنندگان، تعداد و ساختار اداره جلسات، قوانین، زمان برنامه و اهمیت انجام تکالیف مورد نیاز توضیح داده شد. هر جلسه شامل موارد زیر بود: ۱- مرور و بحث درباره تکلیف جلسه قبل؛ ۲- محتوای آموزشی؛ ۳- فعالیت‌های فردی یا گروهی مربوط به محتوای

آموزش که شرکت‌کنندگان باید در زمینه مطالب جدید انجام می‌دادند؛ ۴- تعیین تکلیف برای هفته آینده؛ ۵- ارائه مطالب راهنمای عملی در زمینه مطلب مورد بحث در کلاس در موارد لزوم.

خلاصه برنامه آموزش هوش معنوی که توسط گروه آزمایش در هر جلسه دریافت گردید، نیز به شرح زیر بود: جلسه اول: آشنانمودن زنان باردار با مفهوم هوش معنوی و خصوصیات افراد دارای هوش معنوی؛ جلسه دوم: آشنایی با مفهوم خودآگاهی، آگاهی از استعدادها، توانایی‌ها، اهداف و نقاط قوت و ضعف خود؛ جلسه سوم: پی‌بردن به اهمیت شناخت احساسات، آگاهی از احساسات، برچسب‌گذاری و کنترل احساسات؛ جلسه چهارم: آشنایی زنان باردار با مفهوم ذهن آگاهی، آگاهی از آگاهی خود، تمرین ذهن آگاهی؛ جلسه پنجم: آشنایی با مفهوم مراقبه و فواید آن در احساس آگاهی، تمرین عملی مراقبه؛ جلسه ششم: آشنانمودن زنان باردار با بخشی از رموز موجود در طبیعت انسان، احساس تعجب و رمزآلودگی با تفکر در طبیعت؛ جلسه هفتم: تبیین رابطه تفکر در طبیعت و رموز حکمت با مثبت‌اندیشی از طریق داستان‌ها و استعاره‌ها، فواید و شیوه تفکر مثبت؛ جلسه هشتم: روشن‌نمودن مفاهیم ارزش، تشخیص ارزش‌های درونی خود و معنای زندگی؛ جلسه نهم: آشنایی با فرآیند ارزش‌گذاری بر خود، مهارت همدلی و ارتباط موثر با دیگران؛ جلسه دهم: پی‌بردن به مفهوم احترام به خود و فواید عزت‌نفس، احساس ارزش با مطالعه زندگی الگوها.

لازم به ذکر است برنامه آموزش هوش معنوی توسط محقق و براساس ۴ مولفه هوش معنوی در مدل Nokelainen، Tirri و Ubani طراحی گردید. اجرای برنامه آموزشی برای گروه آزمایش توسط دو متخصص روانشناس بالینی در محل مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی صورت گرفت؛ اما گروه کنترل برنامه آموزش هوش معنوی را دریافت نکردند. بین ۲ تا ۳ هفته بعد از پایان برنامه آموزش هوش معنوی در

داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کواریانس را برآورد می‌کنند، هم خطی چندگانه، همگنی واریانس و همگی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها:

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های گروه آزمایش، به ترتیب $24/54 \pm 3/97$ و گروه کنترل $24/62 \pm 3/07$ بود. قبل از شروع آموزش آزمودنی‌های دو گروه از نظر سن، سن بارداری و میزان تقریبی درآمد خانوار هم‌تا شده بودند که نتایج آزمون‌های t مستقل برای مقایسه معنی‌داری نشان داد. بین دو گروه تفاوت معنی‌داری از نظر سن، سن بارداری و میزان تقریبی درآمد وجود نداشت (جدول شماره ۱).

گروه آزمایش، میزان اضطراب حاملگی، بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی هر دو گروه مجدداً در زمان حضور مجدد در مرکز مراقبت پیش از تولد مربوطه (پس‌آزمون) با استفاده از پرسشنامه‌های اضطراب حاملگی PRAQ، بهزیستی روانشناختی Ryff و وضعیت زناشویی Rust-Golombok مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری در سطح معنی‌داری $0/05$ صورت گرفت. جهت آزمون معنی‌داری تفاوت بین نمره‌های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته‌های اضطراب حاملگی، بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی از روش تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. این امر به دلیل وجود ۳ متغیر وابسته بود که لزوم استفاده از روش‌های چندمتغیری را ایجاب می‌کند. پیش از تحلیل

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها

متغیر	گروه	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	نوع آزمون و سطح معنی‌داری
سن	آزمایش	۲۰	$24/54 \pm 3/97$	Independent t-test, $P=0/38$
	کنترل	۲۲	$24/62 \pm 3/07$	
هفته بارداری	آزمایش	۲۰	$22 \pm 3/1$	Independent t-test, $P=0/72$
	کنترل	۲۲	$20 \pm 3/7$	
درآمد (به هزار تومان)	آزمایش	۲۰	$645 \pm 241/2$	Independent t-test, $P=0/29$
	کنترل	۲۲	$655 \pm 239/94$	

گروه آزمایش بعد از مداخله تغییر یافته است. بررسی مفروضه‌های زیربنایی روش تحلیل کواریانس نشان داد هم خطی چندگانه متغیرها با توجه به همبستگی پیش‌آزمون متغیرها رعایت شده است (جدول شماره ۲).

بررسی شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرها در گروه‌های آزمایش و کنترل قبل و بعد از دریافت برنامه آموزش هوش معنوی نشان داد که میزان اضطراب حاملگی، بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی در

جدول شماره ۲: شاخص‌های آماری متغیرهای اضطراب حاملگی، بهزیستی روانشناختی و وضعیت زناشویی

متغیر	گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله
		میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
ترس از زایمان	آزمایش	۳۶ \pm ۱/۹	۳۰/۴۶ \pm ۱/۵۳
	کنترل	۳۶/۴ \pm ۲/۴	۳۶/۳ \pm ۳/۱۵
ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی- روانی	آزمایش	۱۶/۱۹ \pm ۱/۳۳	۱۴/۰۶ \pm ۱/۵۳
	کنترل	۱۶/۷۳ \pm ۲/۷۲	۱۵/۵۲ \pm ۳/۰۲
نگرانی از تغییر روابط زناشویی	آزمایش	۲۴/۱۹ \pm ۲/۳۳	۲۰/۶ \pm ۲/۱۴
	کنترل	۲۵/۱۳ \pm ۳/۷۲	۲۴/۵۲ \pm ۱/۵۳
ترس از تغییرات خلق و خو و پیامدهایش بر کودک	آزمایش	۳۷/۵۵ \pm ۱/۷۹	۳۰/۲۶ \pm ۱/۸۷
	کنترل	۳۶/۰۶ \pm ۱/۹۳	۳۵/۸۷ \pm ۲/۱
ترس‌های خودمحورانه	آزمایش	۱۷ \pm ۱/۴۴	۱۴/۴۶ \pm ۱/۵۳
	کنترل	۱۶/۰۴ \pm ۱/۹	۱۵/۸ \pm ۱/۱۵
اضطراب حاملگی	آزمایش	۱۷۷/۰۸ \pm ۲۰/۸	۱۴۹/۱۷ \pm ۱۸/۵۵
	کنترل	۱۷۶/۳۳ \pm ۲۲/۱۳	۱۵۲/۴۱ \pm ۲۶/۸۲
بهزیستی روانشناختی	آزمایش	۱۶۹/۴۲ \pm ۱۹/۹	۱۷۵/۸ \pm ۱۸/۷۹
	کنترل	۱۷۰/۸۶ \pm ۱۸/۲۳	۱۷۱/۹ \pm ۱۹/۲۱
رضایت زناشویی	آزمایش	۴۶/۸ \pm ۹/۸۱	۵۱/۳۲ \pm ۱۰/۴۳
	کنترل	۴۵/۷۱ \pm ۱۱/۹۶	۴۶/۹۱ \pm ۱۰/۴۸

جدول شماره ۳: مقایسه نمره‌های پس‌آزمون**گروه‌های آزمایش و کنترل**

نام آزمون	مقدار	F	P
اثر پیلای	۰/۷۰۴	۶۱/۸۹۹	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۲۹۶	۶۱/۸۹۹	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۲/۳۸۱	۶۱/۸۹۹	۰/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۲/۳۸۱	۶۱/۸۹۹	۰/۰۰۰

همچنین عدم معنی‌داری آزمون لوین و آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون، فرض همگنی واریانس و همگنی شیب‌های رگرسیون را تأیید کرد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری نیز نشان‌داد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P=۰/۰۰۱$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب حاملگی و بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول شماره ۳).

معنی‌دار می‌باشد. نتایج مندرج در جدول شماره ۴ فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی برنامه آموزش هوش معنوی بر کاهش اضطراب حاملگی زنان باردار و افزایش بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی را تأیید کرد.

برای بررسی تفاوت در متغیرهای وابسته، تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن نشان‌داد، تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل در آزمون اضطراب حاملگی و بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی

جدول شماره ۴: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون

نام آزمون	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	آماره F	توان آماری	P
اضطراب حاملگی	۳۱۳/۶۱۶	۳۱۳/۶۱۶	۱۱۷/۱۶۸	۱	۰/۰۰۰
بهزیستی روانشناختی	۱۹۷/۹۹۸	۱۹۷/۹۹۸	۸۶/۰۸۶	۱	۰/۰۰۰
رضایت زناشویی	۱۷۶/۲۰۱	۱۷۶/۲۰۱	۳۹/۱۷۴	۰/۹۴	۰/۰۰۱

بحث:

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روانشناختی، رضایت زناشویی و اضطراب حاملگی زنان باردار شهر شیراز بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان‌داد که پس از دریافت برنامه آموزش هوش معنوی تفاوت معنی‌داری در میزان اضطراب حاملگی و مولفه‌های آن در گروه آزمایش و گروه کنترل به‌وجود آمده‌است یعنی دریافت برنامه آموزش هوش معنوی در کاهش اضطراب حاملگی زنان باردار اثر مثبت داشت؛ هرچند پژوهشی که اثر آموزش هوش معنوی را بر کاهش اضطراب حاملگی گزارش نماید، وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی که کاهش آشفته‌گی‌های روانی و هیجانات منفی را به‌وسیله آموزش‌های معنوی نشان داده‌اند، هماهنگ است (۲۶، ۱۶، ۱۴).

باتوجه به این‌که در پژوهش‌های بسیاری مشخص شده‌است، باورهای معنوی از اساسی‌ترین نیازهای انسان هستند، بنابراین ارضای این نیاز اساسی، موجب آرامش و دوری از فشار در انسان می‌گردد. آموزش‌های معنوی از طریق ارتقا اعمال مربوط به سلامت و آموزش سبک‌های زندگی سالم، باعث می‌شود، فرد مراقب جسم

خود باشد و نشانه‌های بدنی کمتری را تجربه نماید (۱۸)؛ بنابراین زنان بارداری که هوش معنوی بالاتری را تجربه می‌کنند با نشانه‌های فیزیولوژیک دوران بارداری راحت‌تر سازگار شده و اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند. امور معنوی بر فرآیند فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره زندگی فرد تأثیر می‌گذارد. بدین ترتیب حتی بسیاری از رویدادهای به ظاهر منفی، مثبت و معنی‌دار ارزیابی می‌شوند و فرد از آن‌ها احساس مثبتی خواهد داشت. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به کمک و یاری منابع معنوی در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و حمایت روحانی همگی ازجمله منابعی هستند که افراد دارای هوش معنوی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با اضطراب‌ها و حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (۱۲). مطالعات نشان داده‌اند افرادی که گرایش‌های معنوی دارند، در هنگام رویارویی با استرس و آسیب، پاسخ‌های بهتری به وضعیتی که درون آن هستند می‌دهند، موقعیت تولیدکننده فشار را بهتر اداره می‌کنند و از سلامتی بهتری برخوردارند (۱۸).

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که میزان بهزیستی روانشناختی زنان باردار پس از دریافت برنامه آموزش هوش معنوی افزایش یافت که این امر با یافته‌های پژوهش مرعشی و همکاران همسو است (۴۱). هوش معنوی باعث می‌شود تا از اطلاعات معنوی در حل مشکلات روزانه استفاده شود و در نتیجه باعث سازگاری فرد می‌شود. هوش معنوی یکپارچه‌کننده زندگی درونی و معنوی با زندگی بیرونی و محیط کار است و داده‌های تحقیق حاضر نیز تأییدکننده رابطه‌ی هوش معنوی و کاهش مشکلات و مسائل بیرونی و اجتماعی است و می‌توان گفت که هوش معنوی مکانیسمی است که توسط آن کیفیت زندگی افراد، بهبود می‌یابد. از دیدگاه محققان هوش معنوی برای شناسایی انتخاب‌هایی که در بهزیستی روانشناختی و رشد سلامت کلی بشر نقش دارند، امری لازم است (۲۰).

هوش معنوی یک راه پردازش تجارب و بینش شخصی است. می‌توان گفت هوش معنوی پردازش اطلاعات را تحت تأثیر قرارداد و به نوعی آن‌ها را درون طرحواره‌هایی خاص قرار می‌دهد. ساختار این طرحواره‌ها به نوعی است که با واقعیت سازگار و در تماس است. هوش معنوی می‌تواند ادراک ما را از وقایعی مثل سلامتی یا بیماری، شکل داده و سازمان دهد و نه تنها در سلامت تأثیر دارد، بلکه در تجارب سخت زندگی مثل غم یا فقدان، مفید واقع شده و در بهزیستی فرد نیز موثر است (۲۴). Gupta معتقد است بین باورهای معنوی و هوش معنوی با خود تنظیم‌گری هیجانی یک رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. هوش معنوی می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در جهت حل مسائل پرتنش روزمره در موقعیت‌های مختلف نقش مهمی ایفا نماید. خودتنظیمی به‌عنوان یکی از مولفه‌های مهم تنظیم رفتار، قضاوت‌های کارآمد و ناکارآمد را در مواجهه به وقایع به‌همراه خواهد داشت که هریک از این نگرش‌ها در جایگاه خود می‌توانند در رویارویی با موانع نتیجه رفتار را پیش‌بینی کنند و منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی وی گردد (۴۱).

ازسوی دیگر افزایش رضایت زناشویی زنان باردار پس از دریافت برنامه آموزش هوش معنوی از دیگر یافته‌های این پژوهش و هماهنگی با یافته‌های پژوهش‌هایی است که ارتباط هوش معنوی و رضایت زناشویی را نشان داده‌اند (۴۲). هوش معنوی نقش مهمی در رضایت زناشویی دارد، به این ترتیب که عقاید معنوی از لحاظ درون فردی، فرد را قادر می‌سازد که از لحاظ فیزیولوژیکی، شناختی و عاطفی خشم خود را کنترل کند و به او کمک کند که مسئولیت اعمال خود را در تعارض‌ها بپذیرد. از لحاظ بین فردی، اعمال معنوی شرایطی ایجاد می‌کند که فرد در هنگام خشم به خدا توجه کند و حمایتی برای هردو زوج ایجاد می‌کند که از تعارض با یکدیگر اجتناب کنند. باورهای معنوی به افراد در مهار مشکلات اجتماعی کمک می‌نماید. افراد با هوش معنوی بالا در مواجهه با حوادث فشارزای محیط آسیب کمتری را متحمل می‌شوند. هوش معنوی باعث پیوند و نزدیکی با سایر افراد جامعه و خانواده می‌شود و در نتیجه نوعی حمایت اجتماعی فراهم می‌کند. حمایت اجتماعی باعث می‌شود که فرد احساس تنهایی نکند و در موقعیت‌های تنش‌زای محیطی به خدا توکل کند و از کمک‌های دیگران نیز بهره ببرد (۴۳). در مجموع به نظر می‌رسد که آموزه‌های مرتبط با معنویت، می‌تواند با افزایش توانمندی‌های زوجها در مهارت‌های حل مسئله، مهارت‌های هیجانی و مهارت‌های ارتباطی و ایجاد نیات و انگیزه‌های مثبت نسبت به یکدیگر، به بهبود کیفیت ازدواج و ارتقای سطح رضایتمندی زناشویی منجر شود.

از آن‌جا که براساس نتایج این پژوهش، آموزش هوش معنوی افزاینده بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی زنان باردار و کاهنده اضطراب حاملگی آنان بوده، می‌توان گفت هوش معنوی یکی از مهم‌ترین سازه‌هایی است که می‌تواند در کاهش هیجانات منفی دوره حاملگی به‌نحو موثری به‌کار گرفته‌شود و زنان

نتیجه‌گیری:

باتوجه به تأثیر کوتاه‌مدت روش‌های دارویی و احتمال بروز عوارض جانبی درازمدت در مادر و کودک، تمرکز بر درمان‌های غیردارویی مانند آموزش هوش معنوی می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مناسب جهت ارتقا سلامت روان و کاهش هیجانات منفی دوران بارداری مورد استفاده قرار گیرد.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

بااستفاده از یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، مراکز بهداشتی، مشاوره‌ای و درمانی برنامه‌های غربالگری سلامت روان برای زنان باردار مراجعه‌کننده به خود را به‌عمل آورده و در مداخلات خود از برنامه‌های آموزش هوش معنوی بهره‌جویند. در بعد آموزشی و بالینی نیز بااستفاده از کارگاه‌ها و برنامه‌های آموزشی در زمینه معنویت به کاهش اضطراب حاملگی زنان باردار و افزایش بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی آنان کمک کرده و از این مسیر به حفظ سلامت جسمی و روانی فرزند آنان یاری رسانند.

تشکر و قدردانی:

بدین‌وسیله از شورای محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و از تمام پرسنل مراکز بهداشتی شهر شیراز و دکتر Solchany از بخش مادر و کودک دانشگاه سیاتل به‌دلیل همکاری صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

باردار را آماده پذیرش نقش مادری و سازگاری با تغییرات بافت خانواده نماید. از آن‌جا که روش‌های دارویی موجود علاوه بر تأثیر کوتاه‌مدت جهت کاهش اضطراب ممکن است عوارض جانبی منفی درازمدت بر مادر و کودک داشته باشد، تمرکز بر درمان‌های غیردارویی مانند آموزش هوش معنوی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله موثر و ارزان مورد استفاده متخصصان زنان و زایمان، ماماها و سایر مراقبین بهداشتی قرار گیرد. نتایج این پژوهش نقش مهمی در تدابیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اهمیت‌دادن به مراقبت‌های روانشناختی و معنوی زنان باردار در کلینیک‌های زنان، مطب‌ها و بیمارستان‌ها داشته تا با ایجاد برنامه‌های آموزشی روانشناختی در کنار آموزش‌های مراقبت جسمی از بروز عوارض مختلف به مادر و جنین جلوگیری کنند و بدین‌وسیله مسیر را برای رشد مثبت جمعیت در درازمدت هموار نمایند.

محدودبودن نمونه پژوهش و درنتیجه عدم توانایی تعمیم به گروه بزرگ‌تری از زنان و نبودن تحقیقاتی که بررسی مداخلات روانشناختی را روی جنبه‌های مختلف نگرانی زنان باردار بررسی کند، ازجمله محدودیت‌های این تحقیق بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش گسترده‌تری با لحاظنمودن دوره‌های مختلف بارداری و سایر عوامل جمعیت‌شناختی موثر بر سلامت روان زنان باردار صورت پذیرد تا ابعاد مختلف تأثیر آموزش هوش معنوی بر کاهش هیجانات منفی دوران بارداری آشکار گردد.

منابع:

1. Kaplan H, Sadocks B. Synopsis of psychiatry: Behavioral science. Tehran: Shahre Ab publication; 2011.
2. Solchany J E, Promoting maternal mental health during pregnancy, theory, practice and intervention. Washington: NCAST- AVENUW Publication; 2003.
3. Reck C, Zimmer K, Dubber S, Zipser B, Schlehe B, Gawlik S. The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. Archives of women's mental health. 2013; 16(5): 363-9.
4. Henderson J, Redshaw M. Anxiety in the perinatal period: antenatal and postnatal influences and women's experience of care. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2013; 31(5): 465-78.

5. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2015; 28(3): 179-93.
6. Hall WA, Stoll K, Hutton EK, Brown H. A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *Biomed Central Pregnancy and Childbirth*. 2012; 12: 78.
7. Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Predictors of perception of pregnancy risk among nulliparous women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*. 2013; 42(4): 416-27.
8. Bazr Afshan MR, Mahmoodi Rad A. The relationship between women's anxiety during pregnancy and labor outcomes in Larestan hospitals. *Mandish*: 2009; 1(1): 1-12. [Persian]
9. Schmutte PS, Ryff CD. Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997; 73(3): 549-59.
10. Kiani F, Khadivzadeh T, Sargolzaee M, Behnam H. Relationship between marital satisfaction during pregnancy and postpartum depression (PPD). *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2010; 13(5): 37-44. [Persian]
11. Aghayosefi A, Moradi K, Safari N, Ghazi Sh AF. The study of relationship between marital satisfaction and physical problems during pregnancy and the related factors in pregnant women in Khorramabad city. *Yafte-E*. 2001; 13(1): 121-31. [Persian]
12. Siu BW, Leung SS, Ip P, Hung SF, O'Hara MW. Antenatal risk factors for postnatal depression: A prospective study of Chinese women at maternal and child health centres. *Biomed Central Psychiatry*. 2012; 12: 22.
13. Mangeli M, Ramezani T, Mangeli S. The effect of educating about common changes in pregnancy period and the way to cope with them on marital satisfaction of pregnant women. *Iranian Journal of Medical Education*. 2009; 8(2): 305-13. [Persian]
14. Agai M, Mahmoudi A. comparison of postpartum depression between occupied women and householders and its relationship to social support and marital adjustment. *Women and Family Studies*. 2008; 32: 1-4.
15. Asadi Noghabi AA, Omid Sh, Haji Aghajani S. *Psychiatric nursing, mental health*. Tehran: Boshra Publication; 2013. [Persian]
16. Narimani M, Porzoor P, Atadokht A, Abbasi M. The role of spiritual well-being and Religious Adherence in predicting marital satisfaction among nurses. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2015; 4(2): 1-10. [Persian]
17. Yonker JE, Schnabelrauch CA, Dehaan LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of Adolescence*. 2012; 35(2): 299-314.
18. Jafary E, Kamarzarin H, Kordmirza E, Sefizadeh V. The role of spiritual well-being and coping skills in prediction of job satisfaction in nurses. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2015; 4(1): 50-8. [Persian]
19. Bonab BG. Relation between mental health and spirituality in Tehran University student. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5: 887-91.
20. Zohar D, Marshall M. *SQ: Spiritual intelligence: the ultimate intelligence*. New York: Bloomsbury; 2000.
21. Koohbanani SE, Dastjerdi R, Vahidi T, Far M-HG. The relationship between spiritual intelligence and emotional intelligence with life satisfaction among birjand gifted female high school students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013; 84: 314-20.
22. Behrooz M, Manesh MA, Fadaiyan B, Behrooz S. Investigation of Relationship Among Creativity, Spiritual Intelligence, Perfectionism and Mental Health of Bushehr Artists. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014; 143: 399-403.
23. Akbarizadeh F, Hajivandi A, Bagheri F, Hatami H. Relationship between nurses' spiritual intelligence with hardiness and general health. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2012; 15(6): 466-72. [Persian]
24. Hamid N, Babamiri M, Dehghani M. The relationship between mental health, spiritual intelligence with resiliency in student of Kermanshah University of Medical Sciences. *Jentashapir Journal of Health Research*. 2012; 3(2): 331-8.

25. Sharifzadeh H, Baezzat F. Relationship between spiritual intelligence and emotional intelligence with job stress in university employees. *Journal of Career Counseling*. 2012; 4(13): 55-68.
26. Kaur D, Sambasivan M, Kumar N. Impact of emotional intelligence and spiritual intelligence on the caring behavior of nurses: A dimension-level exploratory study among public hospitals in Malaysia. *Applied Nursing Research*. 2015; 28(4): 293-8.
27. King DB, DeCicco TL. A viable model and self-report measure of spiritual intelligence. *International Journal of Transpersonal Studies*. 2009; 28(1): 65-85.
28. Armstrong DS. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*. 2004; 33(6): 765-73.
29. Armstrong D, Hutti M. Pregnancy after perinatal loss: The relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1998; 27(2): 183-9.
30. Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, Van Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: A review with emphasis on methodological issues. *Journal of Psychosomatic Research*. 1995; 39(5): 563-95.
31. Zareipour M, Sadeghi R, Bazvand E. Mental health and its related factors in pregnant women in health centers of Kuhdasht, Iran. *Journal of Health and Development*. 2012; 1(2): 156-65.
32. Bazargan A, Sarmad Z, Hedjazi A. Research methods in behavioural sciences. Tehran: Agah Publication; 2010. [Persian]
33. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*. 2004; 79(2): 81-91.
34. Van den Bergh B. The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Pre-and Perinatal Psychology Journal*. 1990; 5(2): 119-30.
35. Babanazari L, Kafi M. Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(2): 206-13. [Persian]
36. Karamoozian M, Gh A. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management intervention on anxiety and depression during pregnancy. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2013; 20(6): 606-21. [Persian]
37. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(2): 146-51. [Persian]
- 38- Rust J, Bennun I, Crowe M, Golombok S. The Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS). *Sexual and Marital Therapy*. 1986; 1(1): 55-60.
39. Besharat M. An investigation of the relationship between attachment styles and marital problems in infertile couples. *Psychoterapical Novelties*. 2001: 17-8.
40. Tirri K, Nokelainen P, Ubani M. Conceptual definition and empirical validation of the spiritual sensitivity scale. *Journal of Empirical Theology*. 2006; 19(1): 37-62.
41. Marashi SA, Naami AA, Beshlideh K, Zargar Y, Ghobari Bonab B. The impact of spiritual intelligence training on psychological well-being, existential anxiety, and spiritual quotient among the students of Ahvaz faculty of petroleum well-being dimensions, existential anxiety, and spiritual quotient (SQ). *Journal of Psychological Achievements*. 2012; 22(6): 63-80.
42. Najafi Zadeh A, Mirzajan A. Study of predicting marriage satisfaction based on emotional intelligence, spiritual intelligence and self-efficiency. *Asian Journal of Medical and Pharmaceutical Researches*. 2014; 4(4): 160-6.
43. Gupta MG. Spiritual intelligence and emotion intelligence in relation to self efficacy and self regulation among college student. *Journal of Social Science*. 2012; 1: 60-9.

The study of effectiveness of spiritual intelligence training on psychological well-being, marital satisfaction and pregnancy anxiety of pregnant women in Shiraz

Babanazari L*

Fars Paedis Shahid Rajae Farhangian University, Shiraz, I.R. Iran.

Received: 29/Jun/2015

Accepted: 5/Oct/2016

Background and aims: Pregnancy is a new and unique situation in which the pregnant women experience many physiological and psychological changes. The aim of the current research was to investigate on the effectiveness of spiritual intelligence training on psychological well-being, marital satisfaction and pregnancy anxiety in Shiraz.

Methods: This was a semi-experimental study conducted in a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all of primigravida women in Shiraz who attended the Antenatal Care Centers of Shiraz from August to October 2013. 42 persons (20 persons in experimental group and 22 persons in control group) were selected by convenience sampling. Before beginning the spiritual intelligence training program, Ryff's Psychological Well-being Scales, Golombok-Rust Marital Satisfaction and Wendenburg Pregnancy Anxiety Questionnaires were distributed between them. Then, experimental group received 10 sessions of 90 minutes about spiritual intelligence training based on Tiri, Noklain and Ubani's models, but the control group received no intervention. After conducting post-test on both groups, data were subjected to multivariate analysis of covariance (MANCOVA) design using software SPSS.

Results: The results showed that receiving spiritual intelligence training causes a significant difference in decreasing pregnancy anxiety and increasing psychological well-being and marital satisfaction between the experimental and control group ($P=0.001$).

Conclusion: Spiritual intelligence is one of the most important components that can reduce negative emotions such as pregnancy anxiety and increase psychological well-being and marital satisfaction.

Keywords: Spiritual intelligence, Psychological well-being, Marital satisfaction, Pregnancy anxiety.

Cite this article as: Babanazari L. The study of effectiveness of spiritual intelligence training on psychological well-being, marital satisfaction and pregnancy anxiety of pregnant women in Shiraz. 2017; 6(1): 51-63.

***Corresponding author:**

Fars Paedis Shahid Rajae Farhangian University, Shiraz, I.R. Iran, Tel: 00989173219776,
E-mail: lale.babanazari@gmail.com